

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

अवेदन संख्या:

B/0717/0175

APPLICATION DATE:

अवेदन तिथि

10/07/2017

NAME of APPLICANT:

अवेदन करी पद

Ameez Basba

AGE-YEARS संतु-वर्ष

SEX लिंग

60

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पितृ/स्वामी करी पद

Ibrahim Sah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

4/178 G.K. Road, Lalkar, Mundalam.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Piter Chittora, Dist. Anantnag, Jammu & Kashmir

OCCUPATION:

व्यवसाय

Tailor

TOTAL ANNUAL INCOME:

वर्षावसी आय

55,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आय कर संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax whichever is applicable):

आम आय कर का शेष है (जो लागू हो उस पर कर भरने का विवरण प्रस्तुत करें)

Yes / No

है / नहीं

FAMILY DETAILS: "जोड़न विवरण"

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अवेदन करी के साथ संबंध
	Sayed Basba	81	M	Son
	Asif Iqbal	28	M	Son
	Three Daughters Married			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tax whichever is applicable):

सहायता के लिये विनियम अनुसार

BPL Card (Attach Card Copy) लोअर मध्यम वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की)	Ration Card (Attach Copy) रसदारी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विनियम के अनुसार:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/चिकित्सा प्रमाण पत्र
	DOV for Right Eye
	Cataract for Right Eye

ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

एक उद्देश्य के हेतु कार्य अन्य सहायता विनियम अनुसार से प्राप्त हो

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का स्रोत	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी पर सहायता का रकम
	B.W.L.E.H	



0175 0175
Ameez Basba Ameez Basba
pro op post op

